






Sicherheitscheckliste für Demenzbeauftragte

Prüfung / Begehung durchgeführt am: _____ durch: _____

Station / Wohnbereich: _____

 Desinfektion- / Reinigungsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Desinfektionsmittel / Reinigungsmittel (ggfs. auch Raumdüfte) befinden sich in Spendern / Behältnissen, die ein Herausnehmen nicht versehentlich oder leicht erlauben. • Bei Schwerstbetroffenen werden auch Körperpflegemittel sicher verwahrt.
 Stromquellen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Steckdosen sind mit einem Steckdosenschutz ausgestattet. • Beschädigte Kabel od. Beschädigungen an elektr. Geräten sind nicht vorhanden. • Abdeckungen für Schalter (Klingelanlage, Lichtschalter etc.) sitzen fest und sind unbeschädigt. • Elektr. Geräte lagern nicht in unmittelbarer Nähe von Wasserquellen od. können dort nicht ohne Unterstützung betrieben werden.
 Verbrühung	<ul style="list-style-type: none"> • Wasserzuläufe mit Patientenzugang sind temperaturbegrenzt. • Bei notwendigen Heißwasserspülungen (z.B. zur Legionellenprävention) ist eine rechtzeitige Information an die Mitarbeiter sichergestellt.
 Fenster	<ul style="list-style-type: none"> • Fenster verfügen über einen Sperrmechanismus der nur das Nutzen der Kippfunktion erlaubt und / oder sind abschließbar. • Die Mitarbeiter kontrollieren regelm., dass Fenster tatsächlich abgeschlossen sind. • Mobiliar ist nicht so gestellt, dass es eine Kletterhilfe darstellt.
 Spiegel / Glasflächen	<ul style="list-style-type: none"> • Spiegel od. andere Glasflächen sind unbeschädigt und falls erforderlich mit Splitterschutzfolie versehen.

Notwendige Maßnahmen	1. 2. 3.	Erledigt / durchgeführt (Datum)
(Kurzbeschreibung)		
Information an:		
Datum: _____ Hdz: _____		